Lane Medical Library

Beitrag

zur lokalen Therapie der Leberkrankheiten.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät der Universität Greifswald

am

Mittwoch, den 3. März 1886

Mittags 12 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Boleslaus Kończyński

prakt. Arzt

aus Posen.

Opponenten:

Drd. **Ildefons Miecznikiewicz**, prakt. Arzt,

Adalbert Drezewski. cand. med.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1886.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153715_0207

Seiner lieben Mutter

in kindlicher Liebe

gewidmet

vom

Verfasser.

In einer traurigen Lage befindet sich der Arzt, wenn er bei Behandlung innerer Krankheiten machtlos der Krankheit gegenüber steht, weil der Magen das Medicament nicht annimmt, sondern ohne Nutzen für den Organismus durch Erbrechen dasselbe eliminirt. Und zwar sehen wir diese unangenehmen Zufälle nicht allein dann, wenn der Magen selbst krankhaft afficirt ist, sondern auch, wenn durch langen Gebrauch grosser Dosen eines Medicaments künstlich gastrische Beschwerden, Verdauungsstörungen und deren Folgeerscheinungen, wie Abmagerung, allgemeine Schwäche u. s. w. hervorgerufen werden.

Nimmt es dann Wunder, wenn manche Forscher Versuche anstellen, bei internen Krankheiten eine locale Therapie in Anwendung zu bringen? Es mögen nur erwähnt bleiben die Versuche des Herrn Geheimraths Prof. Mosler einer localen Therapie bei Hirnaffectionen, bei Lungencavernen, bei Milztumoren u. s. w., ferner die schon im Anfang des Jahrhunderts versuchte percutane Anwendung von Abführmitteln, die in der Neuzeit wieder von Mya und Vandoni aufgenommen ist.

Nothwendiger Weise musste das Bestreben der Forscher darauf gerichtet sein, eine locale Therapie bei der Erkrankung gerade derjenigen Organe zu begründen, die

erkrankt fast regelmässig eine Affection des Magens nach sich ziehen. In erster Reihe musste hier der Darmtractus und die Leber berücksichtigt werden. Die locale Therapie der Darmerkrankungen hat seit längerer Zeit sich eingebürgert. Die locale Therapie der Leberkrankheiten gewinnt von Tag zu Tag mehr Terrain. Und zwar versuchte zuerst Gerhardt eine mechanische Behandlung des catarrhalischen Icterus mittelst Compression und Faradisation der Gallenblase. Röhrig[1]) suchte auf dem Wege des Experimentes die Verhältnisse der Gallenabsonderung zu ergründen. Er hat im Jahre 1873 in einer Reihe sehr sorgfältig angestellter Versuche an Hunden und Kaninchen zu beweisen gesucht, dass die Injection von Wasser in den Darmkanal die Gallensecretion nachhaltig vermehre. Es würde nun an der Hand liegen, anzunehmen, dass die vermehrte Absonderung der Galle eine stärkere vis a tergo für das Weiterrücken der Galle in den Gallengängen und schliesslich besonders in dem ductus choledochus sei, ein Umstand der zur Folge hat, dass die Hindernisse, welche den freien Abfluss der Galle in das duodenum verhindern, leichter weggespült werden können. Auf diese Versuche gestützt wurden bereits im Jahre 1873 von Herrn Geh. Rath Prof. Mosler[2]) in Fällen des icterus catarrhalis, welche gegen Aufstossen und Erbrechen die Anwendung interner Mittel erschweren, Darminfussionen

[1]) Röhrig: Experimentelle Untersuchungen über Gallenabsonderung. Separatabdruck aus medic. Jahrbüchern, Wien 1873. II. Heft.

[2]) Mosler: Ueber den Nutzen der Einführung grösserer Mengen von Flüssigkeiten in den Darmkanal. Berl. klin. Wochenschrift 1873. Nr. 45.

grösserer Mengen lauwarmen Wassers angewandt, um auf diese Weise durch die vermehrte Secretion der Galle den katarrhalischen Pfropf zu lösen und die Gallenwege frei zu machen. Auch Krull[3]) hat die locale Therapie der Leberkrankheiten am Krankenbette versucht. Seine Beobachtungen betreffen in allen Fällen den katarrhalischen Icterus, den er mit Darminjectionen von kaltem Wasser behandelt hatte. Die von ihm in 11 Fällen erzielten Resultate sind als sehr günstig anzusehen, jedoch ist derselbe im Zweifel, ob die durch die Injection hervorgerufene vermehrte Darmperistaltik einen Reiz auf die Gallenausführungsgänge ausübt, oder ob auch durch den unschädlichen Reiz einer Darminfusion eine Veränderung in dem Füllungsstande des Leberparenchyms herbeigeführt wird. Um eine Aufklärung über diesen Punkt zu geben, stellte Herr Geheimrath Prof. Mosler Versuche an, welche Einwirkung Darminfusionen grösserer Mengen lauen Wassers auf die Gallensecretion haben, und in weiterer Folge Versuche, in wie weit Medicamente aus dem Blute in die Galle übergehen können. Ich will an dieser Stelle des besseren Verständnisses wegen die Resultate einiger Experimente, die unter seiner Leitung von Herrn Dr. Peiper[4]) angestellt worden sind, anführen.

---

[3]) Krull: Zur Behandlung des Icterus catarrhalis. Berl. klin. Wochenschrift 1877. Nr. 12.

[4]) a. Dr. Peiper: Uebergang von Arzneimitteln aus dem Blute in die Galle nach Resorption von der Mastdarmschleimhaut aus. Inaugural-Dissertation. Greifswald 1881.

b. Prof. Mosler: Zur localen Therapie der Leberkrankheiten. Separatabdruck aus der Deutschen medic. Wochenschrift Nr. 16. 1882.

Um von der Einwirkung der Darminfusion grösserer Mengen Wassers auf die Gallensecretion sich zu überzeugen, wurde einem Hunde mit permanenter Gallenblasenfistel, der 16 Stunden gefastet hatte und in einer Stunde 4,5 Ccm. Galle secernirte, 380 Ccm. Wassers in den Darm gebracht. Die in der folgenden Stunde gesammelte Galle betrug 10,5 Ccm. Die genaue Untersuchung derselben ergab, dass ihr Wassergehalt um 2,53 Procent gestiegen und dass der Zunahme des Wassers entsprechend der Procentgehalt der festen Bestandtheile sich verringert hatte, und zwar der organischen um 0,31 Procent, der anorganischen um 2,22 Procent. Um nun entscheiden zu können, wie lange die Darminfusion von Wasser auf die Gallensecretion einwirke, wurde von einem anderen Hunde mit perminenter Gallenfistel, der zwanzig Stunden gefastet hatte, eine Stunde lang die Galle aufgefangen. Nachdem hierauf demselben 750 Ccm. lauen Wassers in den Darm fundirt worden waren, wurde die während der ersten drei Stunden abgeflossene Galle aufbewahrt und ausserdem die während der folgenden sechs Stunden abgesonderte Galle für sich gesammelt. In der während der ersten drei Stunden abgesonderten Galle zeigte sich eine Zunahme des Wassergehaltes um 9,19 Proc. und dementsprechende Abnahme der festen Bestandtheile. In der in den folgenden sechs Stunden aufgefangenen Galle war dagegen der Wassergehalt um 6.17 Proc. vermindert und die festen Bestandtheile in demselben Verhältnisse vermehrt. Die in den nächsten Stunden aufgefangene Galle kam immer mehr der Norm gleich.

Der erste dieser Versuche beweist uns deutlich, dass durch Darminfusionen genügender Mengen Wassers die Galle verflüssigt und in ihrer Menge vermehrt wird; der zweite dagegen, dass die Einwirkung einer Darminfusion nur eine kurze Zeit dauert. Der erste Versuch bestätigt die Annahme Röhrig's, der zweite dagegen lehrt uns, dass um eine nachhaltige Wirkung zu erzielen, die Darminfusion öfters am Tage wiederholt werden muss.

Eine zweite Reihe von Versuchen, die vom Herrn Dr. Peiper[5]) angestellt waren, hatte die Aufgabe zu lösen, in welchem Grade Medicamente von der Mastdarmschleimhaut aus resorbirt werden und aus dem Blute in die Galle übergehen.

Es wurde einem Hunde mit permanenter Gallenblasenfistel 0,5 Gramm salicylsauren Natrons in 150 Ccm. Wassers gelöst in den Darm gebracht. Die secernirte Galle wurde in den ersten sechs Stunden alle $^1/_2$ Stunde untersucht und zeigte während der ganzen Zeit auf Zusatz von Eisenchloridlösung keine Spur einer Reaction auf Salicylsäure. Man schloss daraus, dass die Menge des verabreichten Medicaments etwas zu klein gegriffen war, und brachte deshalb vier Tage später auf dieselbe Weise 3,0 Gramm Natron salicylicum dem Hunde bei. Bereits nach 15 Minuten stellte sich heftiges, durch $^3/_4$ Stunden anhaltendes Erbrechen ein, und die aufgefangene Galle reagirte auf Zusatz von Eisenchloridlösung anfangs schwach violett, welche Reaction mit jeder halben Stunde an Intensität zunahm.

[5]) Dr. Peiper ibidc.

Während nun alle mit Salicylsäure angestellten Versuche ein positives Resultat ergaben, konnte man die Resultate, die man mit Carbolsäure erzielte, nur als negativ ansehen. Zu den Versuchen wurden gesunde Kaninchen gewählt, die einige Stunden nach der Application des Mittels getödtet, und deren Galle untersucht wurde. Die Carbolsäurereaction war in allen Fällen eine undeutliche. Es ist wohl anzunehmen, dass das Quantum der angewendeten Carbolsäure zu gering gewesen ist. Es überstieg nicht 0,7 Gramm. Grössere Mengen anzuwenden war wegen der grossen Giftigkeit des Medicaments nicht rathsam. Dagegen konnte man in eclatanter Weise das von der Mastdarmschleimhant aus resorbirte Jodkalium in der Galle nachweisen, und zwar wurde öfters beobachtet, dass das Medicament besser und länger selbst in grösseren Dosen auf diese Weise dem Körper beigebracht, vertragen wird, als bei der Darreichung durch den Mund.

Die erste Reihe der oben angeführten Versuche berechtigt uns, die locale Behandlung der Leberkrankheiten mittelst Darminfusionen in allen den Fällen anzuwenden, wo es auf eine vermehrte Secretion der Galle und Steigerung des Drucks in den Gallenwegen ankommt, z. B. bei Icterus catarrhalis, Choletithiasis etc., während die zweite Versuchsreihe uns die Möglichkeit bietet, von der Mastdarmschleimhaut aus medicamentös auf das erkrankte Leberparenchym und die Gallenwege einzuwirken.

Die auf dem Wege des Experiments erlangten Resultate suchte Herr Geheim-Rath Prof. Mosler praktisch zu verwerthen.

Nicht ohne Interesse dürften die Geschichten einiger Fälle von Leber-Erkrankungen sein, bei denen die locale Therapie in Anwendung gekommen ist, und die ich auf der medicinischen Klinik in Greifswald zu beobachten die Gelegenheit gehabt hatte.

I. Fall. Icterus catarrhalis.

G. St., 26 Jahre alt, Färber aus Greifswald giebt an, dass sein Vater vor 2 Jahren an einem Carcinoma ventriculi gestorben ist, seine Mutter und zehn Geschwister aber leben und gesund sind. Er selbst ist gesund gewesen; nur vom 12.—14. Lebensjahre litt derselbe an einem Hautausschlage, der hauptsächlich auf den Beinen sich zeigte und regelmässig im Frühjahr in Gestalt von Bläschen mit Krustenbildung, unter denen sich Eiter vorfand, auftrat. Sonst erfreute er sich der besten Gesundheit, bis er vor ungefähr 2 Wochen plötzlich in der Nacht erkrankte, wahrscheinlich in Folge eines Diätfehlers. Er hatte nämlich zum ersten Mal in seinem Leben Sauerkraut gegessen. Um 10 Uhr Abends trat, begleitet von einem starken Schüttelfroste unerträgliches Zucken am Leibe ein, und es kam ein Urticaria ähnlicher Ausschlag zum Vorschein. Nach zwei im Bett zugebrachten Tagen, in denen sich ein allgemeines Unbehagen, Appetitlosigkeit, grosser Durst und Erbrechen, besonders nach schwerverdaulichen, fetten Speisen, einstellte, bemerkte er eine gelbliche Verfärbung der äusseren Hautdecke und der Conjunctiva bulbi. Er liess sich, da das Allgemeinbefinden

sich immer mehr verschlimmerte, in das hiesige Univer sitätskrankenhaus aufnehmen.

Bei der Aufnahme ergab sich folgender

Status praesens:

Patient ist von mittlerer Statur, starker Musculatur starkem Knochenbau und mässigem panniculus adiposus Es fällt sofort bei ihm eine gelbe Verfärbung der äusseren Haut und der Sclera auf. Die Respirationsorgane und das Nervensystem zeigen keine Anomalie. Die Herztöne sind rein, wenn auch etwas schwach. Der Puls ist verlangsamt und zählt 52 Schläge in der Minute. Die Zunge ist belegt, das Abdomen etwas aufgetrieben. Die Percussion der palpirbaren Leber ergiebt eine geringe Vergrösserung nach oben, die Gallenblase ist durch die Bauchdecken deutlich zu fühlen. Der Stuhlgang ist verstopft, sieht thonfarben aus und riecht intensiv. Der Urin von braungrüner Farbe zeigt auf Zusatz von salpetriger Säure das Vorhandensein von Gallenfarbstoff. Ausserdem klagt Patient über einen beständigen Druck vor der Herzgrube.

Therapie: Patient erhält dreimal täglich eine Darminfusion von $1^1/_2$ Liter lauwarmen Wassers, in dem ein Esslöffel künstlichen Karlsbader Salzes gelöst ist. Ausserdem wird ihm in diätetischer Hinsicht, abgerahmte Milch, magere Fleischsuppe und abgekochtes Gemüse verabreicht.

Status praesens am 2. Tage der Behandlung:

Der Magen scheint etwas stärker aufgetrieben. Das Druckgefühl in der Herzgrube ist geschwunden; der Appetit des Patienten ist indessen gut. Die Lebergrenzen

assen sich in Folge einer Auftreibung des Abdomens genau nicht bestimmen. Die Reaction auf Gallenfarbstoff im Urin st noch sehr hochgradig; die Haut zeigt dieselbe icterische Verfärbung wie gestern. Die Pulsfrequenz hat sich inzwischen gehoben, sie beträgt 60 in der Minute.

Therapie bleibt dieselbe.

Status praesens am 3. Tage:

Es stellte sich eine bedeutende Diarrhoe ein. Während sich das Allgemeinbefinden des Patienten stetig bessert, st im Urin immer reichlicher Gallenfarbstoff nachweisbar. Die Gallenblase ist jedoch nicht mehr palpirbar.

Am 5. Tage der Behandlung hat der Gallenfarbstoff m Urin bedeutend nachgelassen, ebenso wie die icterische Hautverfärbung stark im Abnehmen begriffen ist. Der Patient selbst fühlt sich recht wohl, hat guten Appetit und regelmässigen Stuhlgang. Von nun an macht die Genesung des Patienten gute Fortschritte und derselbe wird am 10. Tage der Behandlung, wo die Verfärbung der Haut fast gänzlich geschwunden, der Gallenfarbstoff m Urin nicht mehr nachweisbar ist, als geheilt entlassen.

II. Fall. Icterus catarrhalis.

Ch. Br. 30 Jahre alt, Dienstmagd, unverheirathet verlor ihren Vater an einem chronischen Lungenleiden. Ihre Mutter lebt und ist gesund. Die Patientin, die sich m Allgemeinen einer guten Gesundheit erfreute und nur zeitweise an geschwollenen Mandeln gelitten hatte, wurde in ihrem 17. Jahre zum ersten Male menstruirt. Menstruationsanomalien traten in der Folge niemals ein.

Im vergangenen Jahre wurde sie auf der hiesigen medicinischen Abtheilung 14 Tage lang an Diphteritis behandelt und ist seitdem gesund gewesen. Vor 14 Tagen erkrankte sie unter heftigen Kopfschmerzen an Uebelkeit, Appetitlosigkeit, zeitweisem Druck in der Magengegend, wozu sich eine Schwere in allen Gliedern und allgemeine Mattigkeit hinzugesellte. Nach achttägigem Bestehen dieses Zustandes bemerkte Patientin eine icterische Verfärbung der Haut und der Sclera. Da das Gefühl des Unwohlseins zunahm, die Kopfschmerzen sich steigerten, und anhaltende Obstipation neben völliger Appetitlosigkeit sich einstellte, so suchte die Patientin Hilfe in dem Universitätskrankenhause.

Status praesens am Tage der Aufnahme:

Patientin ist von kräftig gebauter Statur und guter Ernährung; sie ist frei von Oedemen und Erxanthemen. Dagegen fällt bei der Adspection sogleich die ziemlich stark ausgesprochene icterische Verfärbung der Hautdecken auf. Die Gesichtshaut sowie ganz besonders die Haut des Thorax und Abdomens sind stark icterisch, auch die Sclera zeigt die grüngelbe Farbenveränderung in bedeutendem Grade. Die Untersuchung der Respirationsorgane ergiebt keine Abnormität. Die Herztöne sind nicht sehr laut, jedoch rein; der Radialpuls ist mässig voll, rythmisch, verlangsamt, er zählt 60 Schläge in der Minute. Die Zunge zeigt bis auf einen kleinen, rothen und feuchten Rand einen ziemlich dicken, graugelben Belag. Ausserdem ist bedeutender foetor ex ore vorhanden. Der Appetit

ist gänzlich geschwunden, Magenbeschwerden dagegen sind nicht vorhanden. Der Stuhlgang ist seit einigen Tagen angehalten. Die Percussion der auf Druck ein wenig schmerzhaften Leber erweist eine mässige Vergrösserung. Der Urin von dunkelbrauner Farbe, saurer Reaction, giebt beim Schütteln einen gelblichen Schaum; auf Zusatz von salpetriger Säure entsteht eine sehr schöne Gallenfarbstoffreaction. Eiweiss ist in demselben nicht vorhanden. Das Sensorium ist völlig frei.

Therapie: Patientin erhält 3mal täglich eine Darmausspülung mit 1 Liter lauwarmen Wassers, dem ein Esslöffel Karlsbader Salz zugesetzt wird, und ausserdem eine fett- und reizlose Diät.

Am 2. Tage der Behandlung hat sich der Zustand der Patientin nicht gebessert. Die heftigen Kopfschmerzen und Gefühl allgemeiner Mattigkeit haben sich bis jetzt noch nicht gelegt. Der Appetit ist schlecht, ein vermehrtes Durstgefühl stellte sich ein. Der Stuhlgang ist mehrmals erfolgt, derselbe ist dünnflüssig, von heller Farbe und riecht intensiv. Die Pulsretardation ist noch deutlich ausgesprochen, die Pulsfrequens beträgt abends 60 Schläge in der Minute.

Status praesens am 4. Tage der Behandlung:

Das Gefühl der Müdigkeit hat die Patientin noch nicht verlassen, die Kopfschmerzen treten besonders Morgens auf, Nachmittags ist die Patientin von ihnen frei. Die icterische Hautverfärbung hat nicht abgenommen; die Gallenfarbstoffreaction des dunkelgefärbten, gelbschäumen-

den Urins ist noch sehr intensiv. Die Farbe der faeces ist dieselbe geblieben. Die Pulsfrequens zählt 60 Schläge in der Minute.

In der Therapie wird nichts geändert.

Status praesens vom 6. Tage der Behandlung.

Das Befinden der Patientin hat sich ein wenig gebessert. Während die Kopfschmerzen und die Mattigkeit nicht weichen wollen, bessert sich der Appetit, der Zungenbelag beginnt zu schwinden und der nach dem applicirten Darmrohr erfolgte Stuhlgang zeigt eine dunklere Verfärbung. Der Gallenfarbstoff im Urin ist sehr deutlich nachweisbar, der Puls, immer noch retardirt, zählt 62 Schläge in der Minute.

Die Therapie wird fortgesetzt.

Status praesens am 8. Tage der Behandlung.

Patientin fühlt sich heute bedeutend wohler. Die Kopfschmerzen und die Müdigkeit haben nachgelassen, die icterische Färbung der Haut und der Conjunctiva bulbi ist zurückgegangen. Die Zunge zeigt noch geringen Belag, der Appetit ist gut und der Stuhlgang hat die frühere dunkle Färbung wiedererlangt. Im Urin, der eine tiefbraune Färbung zeigt, hat der Gallenfarbstoffring an Dicke bedeutend abgenommen. Nur der Puls ist immer noch retardirt.

Am 10. Tage der Behandlung fühlt sich die Patientin so wohl, dass sie das Krankenhaus verlassen will. Jedoch die Pulsfrequens ist immer noch herabgesetzt, — sie beträgt Abends 62 Schläge in der Minute — und die

icterische Farbe der Haut ist noch stark vorhanden. Die Faeces sind von normaler Farbe und Consistenz. Der Gallenfarbstoff lässt sich nur in Spuren im Urin nachweisen. Da am 13. Tage die icterische Hautverfärbung beinahe total geschwunden ist, im Urin keine abnormen Bestandtheile sich nachweisen lassen und die Pulsfrequens eine normale ist, wird die Patientin, von ihrem Icterus geheilt, aus dem Krankenhause entlassen.

III. Fall. Cholelithiasis.

Wittwe B., 40 Jahre alt, aus Hohendorf bei Wolgast gebürtig, verlor ihre Mutter, die das 40. Lebensjahr erreichte, an einem Magenkrebse. Ihr Vater ist trotz seines hohen Alters von 70 Jahren recht rüstig und gesund. Von ihren 7 Geschwistern leben 6 und sind vollkommen gesund, eine Schwester starb 15 Jahre alt in der Choleraepidemie 1866. Patientin selbst will die gewöhnlichen Kinderkrankheiten nicht durchgemacht haben, doch in 12. Lebensjahre eine Zeit lang schwer krank gewesen sein. Ueber den Charakter der Krankheit vermag sie Näheres nicht anzugeben, nur erinnerte sie sich, viel phantasirt zu haben. Sie wurde 15 Jahre alt zum ersten Male und von da ab regelmässig alle 4 Wochen menstruirt. Die Menses waren immer sehr stark und dauerten gewöhnlich 4—5 Tage. Mit 26 Jahren mit einem an einer Lungenaffection vor 2 Jahren verstorbenen Manne verheirathet, schenkte sie 7 Kindern das Leben, von denen zur Zeit nur noch 2 am Leben sind. 3 Kinder starben bald nach

der Geburt, ein im siebenten Lebensjahre an einem Magenleiden und das fünfte in der letzten Woche an Croup.

Das jetzige Leiden der Patientin besteht schon seit 11 Jahren. Als sie damals mit dem dritten Kinde schwanger ging, will sie während der letzten Hälfte der Graviditätzeit eine gelbe Verfärbung der Haut bemerkt haben, die erst mit der Geburt des Kindes verschwunden ist; das Kind soll ebenfalls am ganzen Körper dunkelgelb gewesen und nach drei Tagen verschieden sein. Das Leiden war ausserdem characterisirt durch anfallsweise auftretende heftige Schmerzen im Epigastrium und rechten Hypochondrium, die nach dem Kreuze und den Schulterblättern ausstrahlten. Die Anfälle erschienen gewöhnlich in Zwischenräumen von 4—8 Wochen. Sie traten plötzlich auf unter Frost, Kopfschmerzen und Erbrechen und waren so intensiv, dass Patientin sich ins Bett legen und gewöhnlich zwei Tage dasselbe hüten musste. Der letzte Anfall überraschte die Patientin bei ihrer Arbeit und trat mit solcher Intensität auf, dass sie nur mühsam und mit gebeugtem Oberkörper sich nach Hause zu schleppen vermochte. Als aber die Schmerzen und das beständige Erbrechen innerhalb der ersten 8 Tage, trotz der ihr geleisteten ärztlichen Hilfe, nicht wichen, sondern an Intensität zunahmen, wandte sich die Patientin hilfesuchend an das hiesige Universitätskrankenhaus.

Status praesens am Tage der Aufnahme:

Patientin ist von mittlerer Statur, gracilem Knochenbau, mässig entwickelter Muskulatur und geringem Panniculus adiposus. Bei der Asspection fällt sofort die

dunkelgelbe, icterische Verfärbung der Schleimhäute, der Conjunctiva bulbi nur der ganzen Körperhaut auf. Die Zunge ist mässig belegt, der Appetit gering, die Magengegend etwas aufgetrieben. Der Stuhlgang, der nach einem applicirtem Darmrohr erfolgt, zeichnet sich durch seine helle, thonfarbene Beschaffenheit aus. Die Percussion der auf Druck schmerzhaften Leber erweist eine geringe Vergrösserung des Organs. Die Gallenblase kann man durch die Bauchdecken hindurch nicht palpiren. Der Urin von dunkelbrauner Farbe, dichroitisch, giebt beim Schütteln einen gelben Schaum. In demselben lassen sich mittelst der Gmelin'schen Gallenfarbstoffprobe reichliche Mengen von Gallenfarbstoff nachweisen. In dem Stuhl konnte man trotz der sorgfältigsten Untersuchung keine Gallenconcremente nachweisen, jedoch will die Patientin in ihren Stühlen während der ganzen Woche zahlreiche weisse Partikel von der Grösse und Form eines kleinen Gerstenkornes beobachtet haben. Die Untersuchung der Circulations- und Respirationsorgane zeigte keine Anomalie.

Therapie: Patientin erhält dreimal täglich eine Darmausspülung mit lauwarmem Wasser, dem etwas Karlsbader Salz zugesetzt ist, einmal täglich ein lauwarmes Bad und vom Tinctura Rhei aquosa dreimal täglich einen Theelöffel.

Bereits in der ersten Nacht zeigte sich die Wirkung der eingeschlagenen Therapie. Die Patientin hat den grössten Theil der Nacht gut geschlafen und klagt am Morgen nur über geringe Kopfschmerzen. Ebenfalls hat der

brennende Schmerz in dem rechten Hypochondrium bedeutend nachgelassen. Von Tag zu Tag bessert sich das Befinden der Patientin, sodass am vierten Tage der Behandlung sich folgender Status praesens ergiebt:

Das Allgemeinbefinden der Patientin ist gut. Der Schlaf ist ungestört, der Appetit ist vorzüglich. Die äussere Hautdecke beginnt ein helleres Colorit anzunehmen. Im Urin lässt sich der Gallenfarbstoff nur noch in Spuren nachweisen. Der Stuhl ist regelmässig und von dunkler Farbe. Nur die Schmerzen im Epigastrium treten nochmals im Laufe des Tages ein.

Therapie bleibt dieselbe.

Status praesens vom 7. Tage der Behandlung:

Patientin hat bereits 24 Darmausspülungen erhalten. Sie befindet sich fortgesetzt recht gut, namentlich haben die Schmerzen im Epigastrium nachgelassen. Der Appetit und der Stuhlgang sind ungestört.

Während die icterische Hautverfärbung immer mehr verschwindet, bleibt die Conjunctivi bulbi noch recht intensiv gefärbt. Im Urin konnte auch heute kein Gallenfarbstoff nachgewiesen werden.

In der Therapie wird nichts geändert.

Status praesens am 9. Tage:

Der Zustand der Patientin hat sich heute bedeutend verschlimmert. Sie klagt über Frösteln, Kopfschmerzen und über grössere Schmerzhaftigkeit der Lebergegend.

Trotzdem ist der Appetit gut und die Gallenfarbstoffreaction des Urins fällt negativ aus; Stuhl regelmässig.

Therapie bleibt dieselbe.

Status praesens am 10. Tage:

Patientin klagt auch heute über heftige Schmerzen im rechten Hypochondrium, die ihr den Schlaf zum grössten Theil in der Nacht geraubt haben. Die Palpation der Leber ist ausserordentlich schmerzhaft, die Percussion derselben erweist eine geringe Vergrösserung. Die Körperhaut sowie die Conjunctiva bulbi sind augenscheinlich dunkler gefärbt und im Urin lassen sich wieder Gallenfarbstoffe deutlich nachweisen. Der Stuhlgang ist angehalten und es stellt sich bedeutendes Hautjucken ein. Offenbar haben wir es mit einem neuen Anfall von Gallensteinkolik zu thun.

Therapie bleibt ungeändert.

Status praesens vom 11. Tage:

Patientin hat die grössere Hälfte der Nacht wegen eines starken Hautjuckens hauptsächlich an den Oberschenkeln nicht schlafen können. Die Leberschmerzen haben bedeutend nachgelassen.

Am 12. Tage der Behandlung hat das Hautjucken gänzlich aufgehört. Im Urin ist der Gallenfarbstoff geschwunden; ebenso wie die icterische Hautverfärbung im schnellen Abnehmen begriffen.

Da am 14. Tage der Behandlung das Allgemeinbefinden der Patientin als ein zufriedenstellendes zu be-

trachten, im Urin keine Gallenfarbstoffe nachweisbar sind und die icterische Hautfarbe beinahe total geschwunden ist, wird die Patientin aus dem Krankenhause entlassen.

Die Geschichte der drei angeführten Krankheitsfälle beweist uns deutlich, dass die oben angeführten experimentell erzielten Resultate sich mit dem grössten Nutzen am Krankenbette verwerthen lassen.

Es ist bekannt, dass die bisher angewendeten Methoden der Behandlung des icterus catarrhalis oft nicht den erwünschten Erfolg haben. Die Krankheit zieht sich dabei sehr oft in die Länge, ja sie trotzt in vielen Fällen allen vorgeschlagenen Mitteln. Der Erfolg in unseren beiden Fällen von icterus catarrhalis ist ein überraschender; überraschend ist der kurze Verlauf, im ersten Falle nahm die Behandlung 10 und im zweiten Tage 13 Tage in Anspruch. Der erste Effect besteht in beiden Fällen in der schnellen Wiederkehr des verlorenen Appetits, — im ersten Falle stellte sich derselbe bereits am 2. Tage der Behandlung ein, weiter in der frühzeitigen Besserung des Allgemeinbefindens, der schnellen Wiederkehr der normal gefärbten faeces und dem frühzeitigen Schwinden der Gallenfarbstoffe im Urin und der icterischen Verfärbung der Haut am 5. resp. am 8. Tage. Auch in unserem 3. Falle von Cholelithiasis gelangte es mittelst Darminfusion der Krankheit innerhalb 14 Tage Herr zu werden, trotzdem dass während der Behandlung ein neuer Anfall sich eingestellt hatte. Nicht ohne Belang ist es, dass bei dieser Behandlungsweise die meist bestehende Obstipation ge-

hoben wird, wodurch dem Patienten eine augenblickliche Hilfe verschafft wird.

Von der Einwirkung der von der Mastdarmschleimhaut aus resorbierten Medikamente auf das erkrankte Leberparenchym und die erkrankten Gallenwege mich zu überzeugen, hatte ich keine Gelegenheit gehabt. Dass wir uns aber der Hoffnung hingeben können, in ersten Stadien verschiedener Leberkrankheiten durch öfters vorgenommene Darminfusionen grosser Dosen von Medikamenten, den Process zum Stillstand zu bringen, dazu berechtigt uns der von Dr. Bernhard Holzhausen[6]) beschriebene Fall, in dem bei einer Patientin, die an Leberechinococcus litt, es möglich war, in der aspirirten Echinococcusflüssigkeit das durch Darminfusion applicirte Jodkalium, deutlich nachzuweisen.

Zum Schluss sei es mir gestattet, Herrn Geheimen Medicinalrath Prof. Mosler für die freundliche Ueberweisung des Themas und Unterstützung bei der Arbeit meinen innigsten Dank auszusprechen.

[6]) Dr. Bernhard Holzhausen: Zur Casuistik der Echinococcuskrankheit. Inaugural-Dissertation. Greifswald 1881.

Lebenslauf.

Boleslaus Konczynski, katholischer Confession, Sohn des verstorbenen Gärtnereibesitzers *Jan Konczynski* und der *Agatha,* geb. *von Plewkiewicz,* wurde am 8. September 1856 zu Karczewo, Kreis Kosten geboren. Den ersten Unterricht genoss er in der Elementarschule zu Sikorzyn. Von Michaeli 1869 bis Ostern 1878 besuchte er das Gymnasium zu Schrimm, welches er mit dem Zeugniss der Reife verliess. Hierauf begab er sich nach Greifswald, um Medicin zu studiren, und wurde hier unter dem Rectorate des Herrn Prof. Dr. *Kiessling* immatriculirt und von dem derzeitigen Dekan Herrn Prof. Dr. *Schirmer* in das Album der medicinischen Facultät eingetragen. Das Tentamen physicum bestand er im Sommersemester 1880, am 19. Januar 1883 das Staatsexamen und am 16. Februar 1886 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit hat er die Vorlesungen folgender Herren Professoren besucht, resp. in deren Kliniken practicirt:

Prof. Dr. *Arndt:* Encyclopädie u. Methodologie der Medicin; psychiatrische Klinik; Neurasthenie.

Geh. Rath Prof. Dr. *Budge:* Systematische Anatomie; Nervenlehre; Anatomie der Sinnesorgane; Praeparirübungen.

Prof. Dr. *A. Budge:* Osteologie und Syndesmologie; mikroscopische Anatomie; mikroscopischer Cursus.

Prof. Dr. *Eulenburg:* Specielle Arzneimittellehre; Arzneiverordnungslehre.

Prof. Dr. *von Feilitzsch:* Experimental-Physik; Wärmelehre; physikalische Geographie.

Prof. Dr. *Gerstaecker:* Vergleichende Morphologie des Thierreichs.

Prof. Dr. *Grohé:* Allgemeine Pathologie und Therapie; über Geschwülste specielle pathologische Anatomie; practischer Cursus der pathologischen Anatomie.

Prof. Dr. *Haeckermann:* Gerichtliche Medicin.

Prof. Dr. *Hueter:* Allgemeine Chirurgie; chirurgische Operationslehre; Operationen am Kopf; chirurgische Klinik und Poliklinik.

Prof. Dr. *Landois:* Experimental-Physiologie; Entwickelungsgeschichte und Zeugungslehre; practischer Cursus der Physiologie.

Prof. Dr. *Limpricht:* Chemie.

Dr. *Löbker:* Operationen an Knochen und Gelenken; Instrumenten- u. Verbandlehre.

Geh. Rath Prof. Dr. *Mosler:* Physikalische Diagnostik; specielle Pathologie und Therapie; medicinische Klinik und Poliklinik.

Prof. Dr. *Münter:* Allgemeine Botanik; botanische Excursionen.

Geh. Rath Prof. Dr. *Pernice:* Theorie der Geburtshülfe; geburtshülfliche Klinik und Poliklinik.

Prof. Dr. *von Preuschen:* Geburtshülfliche Operationen am Phantom; Frauenkrankheiten; Krankheiten des Wochenbetts.

Prof. Dr. *Schirmer:* Augenheilkunde; Augenoperationen; augenärztliche Klinik.

Prof. Dr. *Sommer:* Mikroskopische Anatomie; vergleichende Anatomie.

Dr. *Strübing:* Laryngoskopischer Cursus.

Prof. Dr. *Vogt*: Specielle Chirurgie; chirurgischer Operationscursus.

Allen diesen hochverehrten Herren, welche zu seiner Ausbildung beigetragen, spricht Verfasser bei dieser Gelegenheit seinen aufrichtigsten Dank aus.

Thesen.

I.

Bei Jcterus catarrhalis ist die locale Behandlung mittelst Darminfusionen allen Heilmethoden vorzuziehen.

II.

Diphtheritis faucium scarlatinosa und Diphtheritis faucium genuina sind keine identische Affectionen.

III.

Bei Incarnatio unguis ist die Entfernung des ganzen Nagels sammt dem Nagelfalze der partiellen Exstirpation vorzuziehen.